



Fecha:

Trabajador de casos:

Dirección y teléfono de la oficina:

Nombre y dirección:

Su atención es necesaria

(Aviso de demora en la decisión sobre la deducción de gastos médicos efectuados)

Nombre del cliente:	Número de cliente:
Nombre y dirección del lugar de atención donde vive el cliente:	
Nombre y dirección del proveedor:	

Nos han informado que el cliente que aparece en esta forma recibió equipo médico duradero o servicios dentales. No podemos dar a este cliente una “deducción de gastos médicos efectuados” hasta que se complete la acción indicada a continuación.

Una “deducción de gastos médicos efectuados” nos permite restar el costo del equipo o de los servicios de lo que el cliente paga por la atención.

Envíe lo que se pide a continuación, junto con esta carta, antes del:

_____/_____/_____.
Fecha (mm/dd/aaaa)

Para los clientes o representantes autorizados:

- Tiene que firmar la Sección II de la forma que recibió con esta carta. Envíenos esa forma y esta carta.
- Usted nos envió una copia firmada de la forma adjunta. Sin embargo, era una copia de su firma. Necesitamos una firma original. Firme la Sección II de la forma que recibió con esta carta. Envíenos esa forma y esta carta.

Para los representantes autorizados:

- Llene la Sección II de la forma que recibió con esta carta. Necesitamos que usted "describa la autoridad que tiene para actuar en nombre del cliente". Por ejemplo, cuéntenos si usted es el tutor o curador, o si tiene un poder legal, etc. Envíenos esa forma y esta carta.

For providers/Para los proveedores:

- Current Dental Terminology (CDT) codes.
- Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes.
- Original signature of attending practitioner.
- Other _____

Aviso de confidencialidad: No informamos a los proveedores sobre la cantidad de los copagos a menos que el cliente o su representante autorizado nos avise por escrito que podemos hacerlo.